

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**UNIVERSIDAD BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**ASIC CARLOS J BELLO.**

**Estrategia de intervención para elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo  
en adolescentes de lote 7.**

**Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina  
General Integral.**

**Autor: Dra. Dalvis Dania Siam Borrero.**  
**Residente de 2<sup>do</sup> año de Medicina General Integral.**

**CARACAS 2014.**

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**UNIVERSIDAD BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**ASIC CARLOS J BELLO.**

**Estrategia de intervención para elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo  
en adolescentes de lote 7.**

**Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en Medicina  
General Integral.**

**Autor: Dra. Dalvis Dania Siam Borrero.**  
**Residente de 2do año de Medicina General Integral.**

**Tutor: Dr. Rubén Carlos Mayo Márquez.**  
**Especialista segundo grado de Medicina General Integral.**  
**Profesor auxiliar. Máster en Longevidad.**

**Tutor: Dra. Evelyn Sánchez Navarro.**  
**Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.**  
**Profesor Auxiliar. Máster en Salud Ambiental.**

**CARACAS 2014.**

## **AGRADECIMIENTO.**

Por su inestimable ayuda en la confección de este trabajo, su dedicación, su apoyo y por su confianza en mi persona, mi más sincero agradecimiento a mi esposo Javier Londres Basulto, uno de los motivos para que este trabajo se haya realizado. No existen palabras para expresar mi gratitud a Damisela, mí adorada hermana por darme una vida feliz, creer en mí y enseñarme el valor de la perseverancia, la educación, el trabajo, el sacrificio...y sobre todo su inmenso amor por mi persona.

## **DEDICATORIA.**

A mis padres: Por su dedicación, sacrificio y entrega sin límites en todo momento.

A mis hijos: Por ser la razón de mí existir.

A toda mi familia: Por su apoyo incondicional.

## **RESUMEN.**

Se realizó un estudio pre-experimental antes y después de la intervención educativa con el objetivo de elevar el conocimiento sobre embarazo en los adolescentes del módulo de barrio adentro Lote 7, perteneciente a la parroquia La Pastora, ASIC Carlos J. Bello, durante el período de enero a diciembre del 2013. El universo de trabajo estuvo constituido por 88 adolescentes de ambos sexos que representaron su totalidad, en edades comprendidas entre 15 y 19 años. Se seleccionó una muestra aleatoria simple que constituyó el 50% de los encuestados, (44), según la aplicación del instrumento diagnóstico. Se elaboró un documento donde se explicaron las características de la investigación, el cual fue discutido con los adolescentes, previa aprobación del trabajo mediante el consentimiento informado y de acuerdo con los objetivos que se proponen en los dos tiempos. Se estudiaron las variables: Edad, Sexo, Nivel de escolaridad y Estado Civil. Se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos en las encuestas, para aplicar la estrategia de intervención educativa. Se analizaron los resultados según estadígrafos en estudios y se utilizaron tablas y gráficas para su mejor comprensión. Al finalizar la intervención se logró elevar el nivel de conocimientos sobre embarazo en la adolescencia encontrándose resultados positivos que demostraron el valor de la labor educativa.

**Palabras claves:** Adolescentes / embarazo / intervención educativa.

## **INDICE.**

Introducción-----	pág. 1
Objetivos -----	pág. 7
Marco Teórico -----	pág. 8
Material y Métodos -----	pág. 20
Análisis y Discusión de los Resultados -----	pág. 29
Conclusiones -----	pág. 36
Recomendaciones -----	pág. 37
Referencias Bibliográficas -----	pág. 38
Anexos.	

## **INTRODUCCION.**

La Organización Mundial de Salud (OMS) ha definido como adolescencia al período de la vida comprendido entre los 10 y los 19 años. En esta etapa el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transmite los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. Considerada como una etapa de la vida en sí misma y no como un período de transición de un estado a otro, es un concepto que rebasa lo biológico y muchas de sus características dependen de factores socioculturales.<sup>1</sup>

En los últimos 20 años la OMS ha reconocido reiteradamente la singular importancia de la salud y el bienestar de los adolescentes, señalando la necesidad de asignar alta prioridad a los programas dirigidos a su fomento y restablecimientos así como a la prevención de las enfermedades que afectan a este grupo poblacional, antesala de la población adulta, encargada de la reproducción social y la reproducción humana.<sup>2</sup>

Se estima que anualmente 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres, lo que equivale aproximadamente a 22.5 millones de niños nacidos en estas circunstancias por año, y la gran mayoría de estos nacimientos ocurren en países no desarrollados.<sup>3</sup>

En los países desarrollados el embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud. Confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad, tanto para los jóvenes, como para los hijos, parejas, familia, ambiente y comunidad que lo rodea.<sup>4</sup>

En países considerados en desarrollo o subdesarrollados y particularmente en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre

aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo.<sup>5, 6</sup>

La fecundidad en la adolescencia es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, lo que hace pensar que se trata de un fenómeno transitorio, y que de mejorarse las condiciones ello podría descender. Estudios realizados en el 2005 plantean que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15.6 años. Sin embargo otros autores han citado edades tan tempranas como los 12 años para los hombres y de 12.8 años para las mujeres.<sup>7</sup>

El embarazo en la adolescente hoy en día es un problema de salud pública, no solo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, porque están implicados factores socio culturales y económicos que comprometen el binomio madre hijo. Como la adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; si la adolescente tiene menos de 15 años se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pretérmino o parto por cesárea por inmadurez fisiológica. Si es mayor de 15 años, la embarazada tiene el mismo riesgo que una paciente adulta, excepto si está mal alimentada, o si se encuentra en una situación de abandono por parte de su pareja o familia, por otro lado es posible que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebé o necesite mayor apoyo.<sup>8</sup>

En la actualidad podemos observar que en el hogar, en la escuela o en la comunidad no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable e informaciones o charlas claras y específicas sobre las consecuencias del intercambio sexual que incluyen: embarazo, infecciones de transmisión sexual o efectos psicosociales.<sup>8</sup>

En Honduras uno de cada 4 partos es de una mujer menor de 19 años, por lo que se ubica en el segundo lugar de América Latina con más embarazos adolescentes, solo superado por Nicaragua, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).<sup>9</sup>

“Una de cuatro jóvenes entre 15 y 19 años ha estado alguna vez embarazada, eso coloca a Honduras como el segundo país con la tasa de embarazos de adolescentes más alta en América Latina”, indico Hugo Gonzales, representante del UNFPA en Tegucigalpa, en el marco del día internacional de la juventud.<sup>9</sup>

Según cifras de la UNFPA, Venezuela tiene una tasa de 101 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, superada por Nicaragua con (109), Honduras con (108), y por debajo se encuentra Ecuador con (100), Colombia con (96), Perú (59), Brasil (56) y Chile con (51).<sup>9</sup>

La División de Población de las Naciones Unidas, refiere que Venezuela es el tercer país de Latinoamérica con mayor número de embarazos adolescente, sólo superado por Honduras y Nicaragua.<sup>9</sup>

En Chile el embarazo en adolescentes es considerado un grave problema de salud pública. Cada año nacen aproximadamente 40 355 niños que son hijos de madres adolescentes, de las cuales 1 175 son hijos de menores de 15 años, los que habitualmente corresponde a embarazos no planificados. Según la 5 encuesta nacional de juventud un14% de los jóvenes entre 15 y 19 años declara haber tenido al menos un hijo, además se observó que en el decenio 2000 a 2010 el 42 % de la tasa de natalidad estaba relacionada con los menores de 15 años.<sup>10, 11</sup>

En el 2012 la tasa de fecundidad en Cuba fue de 53,6 %, lo cual representó el 15,9 % de la fecundidad del país, reportándose las mayores tasas en las provincias de Las Tunas, Guantánamo, Granma, Santiago de Cuba y Holguín.<sup>12</sup>

En estudios realizados durante 3 años consecutivos por Manuel Cabrera, Gineco-obstetra y Director Médico de Bayer Venezuela (2009-2010-2011) a través de 14.500 entrevistas a jóvenes en 29 países de Asia, África, Europa y América, incluyendo 200 en Venezuela, la mayoría de los jóvenes indicó que, la razón principal por la cual no usan métodos anticonceptivos es por no tenerlos a la mano al momento de tener relaciones sexuales. También dice que el 75% de los embarazos ocurre por no usar

ningún tipo de protección y 5 de cada 10 menores recibe información no adecuada de amigos y medios como la televisión y la internet.<sup>13</sup>

Las adolescentes no suelen usar métodos anticonceptivos en sus primeras relaciones sexuales y a pesar de que 9 de cada 10 los conoce, solo 1 de cada 10 los usa, según datos de la Encuesta Nacional de Población y Familia.<sup>14</sup>

Además, el aborto no está regularizado en Venezuela, por lo que “muchas de estas niñas lo practican en condiciones inseguras como en lugares ilegales o introduciéndose ellas mismas objetos en la vagina”, de hecho, el 6.4% de las adolescentes han tenido un aborto y se producen dos muertes semanales por su mala práctica. Las complicaciones obstétricas son la tercera causa de muerte de las mujeres de 15 a 19 años, que tiene cinco veces más probabilidades si el rango de edad desciende a las que se encuentran entre los 10 y los 14 años.<sup>14</sup>

Este problema es mundial, sin embargo la cifra de Venezuela es una de las más altas de Latinoamérica, 35 de cada 100 embarazos no planificados son de menores de 18 años de edad, ubicándola con la cifra más alta de embarazos adolescentes de toda Suramérica. El último reporte del ministerio del poder popular revela que las zonas con más embarazos en adolescentes son: Apure (31.2 %); Guárico (27.8 %); Distrito Capital (27.2 %); Portuguesa (26.9 %); Cojedes (26.3 %) y Barinas (25.7 %). Distrito Capital es el tercer estado del país con mayor cantidad de casos.<sup>15, 16, 17</sup>

El embarazo en los adolescentes se ha convertido en una seria preocupación para varios sectores sociales y de salud, por la incidencia de resultados desfavorables y las implicaciones del aborto, así como por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre los adolescentes y sus familia, ya que cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de tomas de decisiones y hasta decidirse por uno, parece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.<sup>17</sup>

**Problema de la investigación.**

Dentro del Estado Distrito Capital, el municipio Libertador no se encuentra ajeno a las cifras en ascenso de adolescentes con embarazo precoz, en especial en el módulo lote 7 del ASIC Carlos J Bello, donde los adolescentes representan el 18 % de la población y muchos desconocen qué repercusiones tiene el embarazo en la adolescencia. Evidencias de esto se encontró realizando una revisión documental de las estadísticas de los últimos tres años donde se aprecia un aumento considerable de partos en los adolescentes debidos al desconocimiento de este tema. Existen programas encaminados a educar a la población en cómo evitarlo y qué hacer si se tiene un embarazo en esta etapa de la vida, pero que aún han sido insuficientes para lograr educar a los adolescentes por la difícil accesibilidad de muchos. Aunque para la sociedad el embarazo en la adolescencia se ve como un hecho normal se han dado pasos incipientes en el desarrollo de círculos adolescentes, aún insuficientes para suplir las necesidades existentes, esto trae consigo que muchos de los adolescentes sigan sin orientaciones al respecto incrementándose así los embarazos en esta etapa de la vida. Es por eso que hemos decidido realizar un trabajo educativo al respecto.

**Pregunta Investigativa.**

De la situación expuesta anteriormente se planteó la siguiente pregunta investigativa: ¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre embarazo en la adolescencia en el consultorio Lote 7 del ASIC Carlos J Bello después de una intervención educativa?

**Hipótesis de la investigación:**

Si aplicamos una intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia se pudiera elevar el nivel de conocimientos en adolescentes del consultorio Lote 7 del ASIC Carlos J Bello.

**Aporte teórico.**

Desde el punto de vista práctico ofrecemos un instrumento para evaluar el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes. Realizando un sistema de actividades encaminadas a la preparación de los mismos.

**Novedad científica.**

Esta dada por la elaboración de un programa educativo con el propósito de preparar a los adolescentes en el conocimiento de este tema, para que puedan tener mejor calidad de vida y el mismo será impartido por la autora, reproducido y generalizado por los promotores de salud previamente preparados.

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo General:**

Elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia en adolescentes del módulo de Barrio Adentro Lote 7 del ASIC: Carlos J Bello.

### **Objetivos Específicos:**

- 1) Caracterizar a los encuestados según algunas variables sociodemográficas como:
  - Edad.
  - Sexo.
  - Nivel de Escolaridad.
  - Estado Civil.
- 2) Identificar el nivel de conocimientos que poseen los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.
- 3) Diseñar y aplicar una estrategia de intervención sobre embarazo en la adolescencia.
- 4) Evaluar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre el embarazo en la etapa antes y después de la intervención educativa.

## MARCO TEÓRICO.

En la edad media las costumbres eran sencillas, y como la población se regía por las normas morales que establecía la iglesia era muy difícil que las transgredieran, el miedo es la muralla más difícil de derrumbar. En este período los asuntos que realmente podrían asombrar a la población era el incesto, y que los hermanos se casaran con dos hermanas. El concepto de adolescencia o de embarazo precoz no se consideraba. El matrimonio podría realizarse sin autorización de los padres, pues la iglesia consideraba que era decisión de cada esposo. La única condición era que fuesen mayores de edad. En las comarcas, la mujer lo era a los 12 años de edad y el hombre a los 14 años. En la nobleza, la mujer lo era a los 15 años y el hombre a los 18 años. Entre los plebeyos, la mujer lo era a los 12 años y el hombre a los 13 años. En este caso podemos concluir que no presentaba un problema social o económico el hecho de que se casaran tan jóvenes, a pesar de que había un alto índice de mortandad de las mujeres a la hora del parto. También se estilaba el que los padres comprometían a sus hijos desde muy niños por conveniencias económicas, o para mantener la paz, y en caso de que los hijos no obedecieran el acuerdo lo podrían desheredar. A la mujer se le preparaba para el matrimonio y tener una familia. Tener hijos era un mandamiento básico, la otra opción que tenían las mujeres era la vida religiosa. Así que el embarazo precoz era parte de la vida cotidiana y se llevaba a cabo con la ausencia de los padres y de la iglesia.<sup>18, 19</sup>

La iglesia tenía reservada para la mujer dos imágenes que pretendía instaurar como modelo de una sociedad cada vez más compleja, que había que dirigir con mano de hierro si se quería controlar. La primera de ella es la de Eva, que fue creada con la costilla de Adán y propició la expulsión de ambos del paraíso. La segunda es la de María, que representa, además de la virginidad, la abnegación como madre y como esposa. Ambas versiones pueden parecer contradictoria pero no es sino la impresión general que tenemos de la época: lo ideal frente a lo real. Para fines de esta investigación ha sido difícil abordar el tema ya que hay poca información de esta época del “embarazo precoz” eso quizás se debe a que los registro de la vida

cotidiana están hechos por hombres y la iglesia. Lo único que intuimos es que el embarazo precoz en ese período es parte del día a día, y que nadie, ni siquiera las mujeres mismas se daban cuenta de su situación, además de no saber leer y escribir, de tal forma que dejaron testimonio de su condición.<sup>20, 21</sup>

En la edad moderna, el asombro de la época es que las niñas no trabajaran, no que tengan un embarazo precoz. En esta época las niñas se enfrentan a riesgos específicos y a menudo sobrellevan una triple carga: el trabajo en el hogar, las tareas escolares y una participación en las actividades económicas. A menudo se les negaba el acceso a cualquier forma de escolaridad. Es mayor para ellas la probabilidad de comenzar a trabajar a una edad más temprana, de recibir un salario menor y de trabajar más horas que los niños. Corren mayor riesgo de ser explotadas y objeto de abusos, tantos físicos como sexuales, así como daños en su salud, su seguridad y su bienestar. Las niñas sufrían abuso sexual, casi siempre por los capataces de las fábricas, o de cualquier otro adulto. Lo preocupante para ese momento, es que el embarazo precoz representaba un gran riesgo económico familiar, porque dejaba de aportar su salario para la manutención de la familia. Un problema social, porque además de las consecuencias del abuso recibía el maltrato de las personas en su entorno. Generalmente antes, durante o al poco tiempo del alumbramiento las niñas morían.<sup>22, 23</sup>

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los años de edad ginecológica, entendiéndose por lo tal, al tiempo que transcurre desde la menarquia y/o cuando el adolescente es aun del núcleo familiar que le dio origen. Es considerado en esta etapa un problema de salud por el riesgo que implica para la madre y el futuro hijo. Generalmente es no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar definitivamente su estilo de vida, por lo que representa para las jóvenes que resultan embarazadas un problema social más que médico, estando determinado por tres categorías de factores:<sup>24, 25</sup>

- Factores de riesgos individuales: menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia, adhesión a creencia y

tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de la planificación familiar.<sup>26</sup>

- Factores de riesgos familiares: discusión familiar, antecedentes de madres o hermanas embarazadas en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.<sup>26</sup>
- Factores de riesgos sociales: bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado y tabúes sobre sexualidad entre otros.<sup>26</sup>

Un trabajo realizado en el 2005, logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde se destaca la gran importancia de los factores individuales, con una frecuencia de 71.6 %, mientras que los familiares y sociales se presentan en un 20.3 % y 11.6 % respectivamente.<sup>26</sup>

El embarazo en edades temprana de la vida constituye en nuestro tiempo un reto de considerable extensión. Las consecuencias implícitas en este problema tanto de personalidad biológica, como psicológica y social resultan en la calidad de vida de la joven madre y de su familia y determinan un riesgo considerable para su hijo. Sin embargo, esto no se trata de un problema particular de los jóvenes, sino de toda la sociedad y de la familia, por lo que el embarazo precoz se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance en Venezuela. Son muchos los riesgos médicos asociados con el embarazo precoz, pero no escapan a este conflicto las consecuencias sociales que puedan ser tan dañinas como las médicas.<sup>26</sup>

El embarazo precoz acarrea también repercusiones sociales y económicas ya que contribuye al fortalecimiento de pobreza. Dos de cada 5 embarazadas abandonan los estudios y continúan teniendo hijos a pesar de su corta edad.<sup>26</sup>

La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en un período en el que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferentes grados. Es habitual que se asuman responsabilidades impropias de esta

etapa de su vida, reemplazando a sus madres y frenadas de actividades propias de la edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como hija-madre, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.<sup>27</sup>

Embarazo adolescente significa haber tenido una infancia difícil. La falta de un referente paterno hace que estas niñas lo busquen en los líderes de la comunidad, generalmente “malandros” del barrio (delincuentes) y se queden embarazadas para salir de una situación de hacinamiento en el hogar y así mejorar su calidad de vida sin embargo, muchas veces los padres, también adolescentes, no se ocupan del bebé o fallecen jóvenes, en una ciudad en la que los barrios populares cada fin de semana se registra alrededor de 50 muerte violenta y la edad de defunción es muy baja.<sup>28</sup>

### **Adolescencia.**

La OMS define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica” y fija sus límites entre los 10 y 20 años.<sup>29</sup>

Es considerada como un período de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.<sup>30</sup>

Otra definición de la adolescencia es el período de transición entre la niñez y la edad adulta, considerada desde un punto de vista biológico como un fenómeno universal, ya que en cualquier grupo racial y cultural sus etapas y características biológicas son las mismas, pero desde el punto de vista psicosocial las características de los y las adolescentes se expresarán según las demandas y expectativas que la sociedad les fije.<sup>31</sup>

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

- **Adolescencia Temprana (10 a 13) años** biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funciones como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuo de su mismo sexo. Intelectualmente aumenta sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.<sup>32</sup>
  
- **Adolescencia media (14 a 16) años** es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de su experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados por la moda.<sup>32</sup>
  
- **Adolescencia tardía (17 a 19) años** casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de esta etapa de la adolescencia, por la que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: “una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por

el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”.<sup>32</sup>

El embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimientos y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimo.<sup>33, 34</sup>

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en los adolescentes son considerados como embarazo no deseado, en general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variables según los distintos países del mundo, así como las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.<sup>34</sup>

El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea este espontáneo o inducido (aborto con medicamentos o aborto quirúrgico), en el caso del aborto inducido de manera legal o ilegal dependiendo de la legislación del aborto.<sup>34</sup>

La edad media del período de la menarquia (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquia ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazo a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.<sup>35</sup>

La tasa de adolescentes embarazadas además de encontrarse en la misma situación de cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse a una mayor desprotección, mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social de la adolescente embarazada.<sup>35</sup>

### **Consecuencias del embarazo en la adolescencia.**

#### Consecuencias biológicas:

- Un problema que se presenta en este tipo de embarazadas es la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las jóvenes ni acuden directamente a dicha atención ni comunican su situación a sus padres, cuando lo hacen tardan media de 4 a 5 meses que pasan sin revisión alguna.
- Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de pre-eclampsia y eclampsia.
- El bajo peso al nacer de los lactantes hijos de adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas.
- La mortalidad materna en esta etapa, incluso en numerosas naciones en vías de desarrollo figura dentro de las causas más frecuentes de muerte en las adolescentes, la mayoría se debe a embolia, enfermedad hipertensiva y embarazos ectópicos.

- Algunas jóvenes optan por el aborto incluido a veces clandestino que pone su vida en peligro debido a sepsis y hemorragias presentadas durante el proceso.
- Es frecuente la anemia en jóvenes embarazadas.
- En ocasiones el embarazo se produce existiendo enfermedades de transmisión sexual.
- El embarazo es un factor de riesgo para que los recién nacidos presenten enfermedades como la espina bífida y el síndrome de muerte súbita del lactante.<sup>2, 4, 6, 7</sup>

#### Consecuencias psicológicas:

- Las mayores afectaciones se pueden presentar principalmente a nivel psicológico y social, ya que la joven se enfrentará al reto de asumir su nuevo rol de madre, haciéndose cargo de los cuidados, atención y educación de su hijo, a pesar de que ella aún no ha consolidado su formación y desarrollo.
- Algunas jóvenes madres optan por la adopción que les crea una gran culpa y arrepentimiento, sobre todo en etapas más maduras de su vida.
- Hay quienes deciden tener al hijo siendo soltera, convirtiéndose en madre soltera y convirtiéndose en familia monoparental, enfrentándose a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve alterado y frenado, llegando a sufrir agresiones por parte de su familia, del entorno y disminuyendo las oportunidades para conseguir un empleo (cuando lo tienen es mal remunerado), sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable.

- Otras jóvenes madres deciden, si el padre biológico acepta su paternidad y responsabilidad, formar un matrimonio. Sin embargo existen altas probabilidades de que dicho matrimonio no perdure ya que el padre precoz se enfrenta a un evento inesperado, sorpresivo, no son capaces en estos momentos de llevar una vida de pareja independiente económicamente, no están lo suficientemente maduro para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos para cuidarlo.

El embarazo en la adolescencia tiene riesgo a nivel psicológico, familiar y social.

En cuanto a los riesgos psicológicos y sociales: las adolescentes y jóvenes embarazadas tienden a abandonar los estudios por falta de dinero, porque les da vergüenza o por presión de la familia o del colegio. En consecuencia, tiene menos preparación profesional y menos oportunidades para salir de la pobreza o mejorar su calidad de vida. Muchas no cuentan con el apoyo de la pareja ni de la familia, están más expuestas a un nuevo embarazo porque carecen de dinero para acceder a servicio de salud de calidad, no tienen acceso a información adecuada.<sup>2, 4, 6, 7</sup>

#### Consecuencias para la madre adolescente:

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce su futuro chance de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También les será muy difícil lograr empleo permanente con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestabilidad, lo que suele significarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estatus sociales de medios o altos poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenesicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

### Consecuencias para el hijo:

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de “muerte súbita”. Tiene un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencias en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de “extramatrimoniales” o porque sus padres no tienen trabajo.

### Consecuencias para el padre adolescente:

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia, también es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometido a un estrés inadecuado a su edad, en general todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de la paternidad feliz.<sup>2, 4</sup>

### **Métodos anticonceptivos.**

Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o no tener un fácil acceso a su adquisición, también pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprarlos.

En las adolescentes más del 80 % de los embarazos no son deseados, y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de los embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos.

Muchos adolescentes sin experiencias pueden usar el condón incorrectamente y las adolescentes se olvidan tomar con cierta frecuencia los anticonceptivos orales. Las tasas de fracaso anticonceptivo (índice de Pearl) son mayores en las adolescentes, especialmente en los pobres, que para las usuarias de más edad.

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de

anticonceptivos inyectables combinados, requieren la intervención del usuario con menos frecuencia (una vez al mes o cada varios años), y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes. El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados, y si unos de los métodos son de barrera (condón), el contagio de enfermedades de transmisión sexual también se reduce.

La aprobación, por las autoridades sanitarias de numerosos países, de anticonceptivos de emergencia (píldora del día después o píldora del día siguiente, método de (yuzpe) incide de manera específica en la reducción de las tasa de embarazos en adolescentes. Además de la denominada píldora del día después también ha aparecido en el mercado la denominada píldora de los cinco días después. Esta píldora de uso de emergencia que pueden requerir o no recetas médicas (dependiendo de la nación), no deben confundirse con la denominada píldora abortiva RU-486 o Mifepristona, para la que se requiere prescripción y receta médica y solo puede usarse dentro de los 49 días siguientes a la concepción.

Cabe mencionar que los padres no deben temer al hablarle de sexualidad a sus hijos ya que es la mejor manera de prevenirlos y apoyarlos, porque si ellos ya han comenzado una vida sexual con su pareja, a veces en la escuela o fuera de casa se altera la información y no hay nada como que alguien cercano a ti y de confianza les hable sobre esto, no solo de los métodos anticonceptivos también de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y todas la ventajas y desventajas de embarazarse a corta edad.

Cuando un adolescente ya ha comenzado su vida sexual intenta recabar información de todos lados, ya que en muchos casos sus padres no les han hablado de esto, por este motivo muchos jóvenes están mal informado y les da vergüenza o miedo preguntarle por eso hay que hacerle hincapiés hacia los padres para que informen a sus hijos.<sup>10, 29, 34</sup>

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Tipo de diseño, método y lugar.**

Se realizó un estudio pre experimental antes y después para elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia en el módulo de barrio adentro Lote 7 del ASIC Carlos J Bello en el período comprendido de Enero a Diciembre del 2013.

### **Universo y Muestra.**

El universo de trabajo estuvo constituido por 88 adolescentes de 15 a 19 años pertenecientes al área de salud lote 7 del ASIC Carlos J Bello. La muestra quedó constituida por 44 de los mismos, que respondieron a los criterios del estudio. Los adolescentes seleccionados tuvieron la oportunidad de informarse sobre el objetivo de la intervención y la inocuidad de la misma, que su participación sería voluntaria y una vez incorporada a esta tendrían la posibilidad de abandonarlo si así lo decidieran, su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos, los padres y el investigador, quien dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información.

### **Criterios de inclusión.**

- Adolescentes que estén estables en la comunidad mientras dure el período de estudio.
- Disposición a participar en el estudio con previo consentimiento informado del adolescente y de los padres o tutores. (Anexo 1)

### **Criterios de exclusión:**

- Adolescentes que abandonen por cualquier causa la investigación.
- Adolescentes que padecen de alguna discapacidad mental.

## **Criterios de salida.**

- Por voluntad propia.
- Por tener más de tres ausencias a las secciones de capacitación.

## **Métodos empleados.**

### Métodos del nivel teórico:

- Análisis – síntesis: Para penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante y extraer lo necesario para la solución del problema apoyándonos en la bibliografía revisada.
- Análisis histórico lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de su historia, por lo que se emplea en indagar los conocimientos que tenían sobre embarazo en la adolescencia.
- Inducción – deducción: Se realizaron aspectos, generalizaciones que confirmó empíricamente una hipótesis.
- Hipotético – deductivo: Se realizó una hipótesis como respuesta al problema planteado.

### Métodos empíricos:

- La observación: Por la misma se conoció la realidad del proceso, para así acercarnos, diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo de la investigación.
- Cuestionario: Se conformó por la autora de la investigación, reproducido y generalizado para identificar el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia.

Debido a que la fuente es primaria no se repetirá debajo de cada tabla para no ser repetitivo y monótono.

## **Etapa en el desarrollo de la intervención:**

Diagnóstico, planeación, implementación y evaluación.

Primera etapa: Diagnóstico.

### Aplicación de la encuesta.

Objetivo: Explorar el nivel de conocimiento de los adolescentes en cuanto a:

- Qué es el embarazo.
- Consecuencia del embarazo en la adolescencia para los padres.
- Consecuencias del embarazo para la adolescencia para el niño.
- Edades ideales para la procreación.
- Riesgos asociados al embarazo en este período de la vida.
- Formas de prevención.

Descripción: Para esta etapa se aplicó una encuesta anónima a los adolescentes que estuvieron dentro de la muestra para ver los conocimientos que poseían los mismos sobre embarazo en la adolescencia, se realizó en presencia del autor y de los padres, lo que quedó validado a través de un documento (Anexo 2) que fue firmado por los mismos como constancia de su disposición a participar en el estudio. La hoja se entregó cubierta con lo que se logró privacidad y sinceridad al responder las preguntas realizadas.

Segunda etapa: Planeación.

### Primera Parte.

Objetivo: Se elaboró un programa de intervención que contribuyó a la preparación de los adolescentes para elevar el nivel de conocimiento de los mismos en el tema.

Descripción: En Venezuela el sistema de salud tiene concebidas consultas de atención para los adolescentes pero no todos tienen acceso a ellos por ser costosa y no se dispone de otros servicios donde se pueda obtener mejor y mayor información sobre este tema. Por lo revisado sabemos que existen meyas por el poco

conocimiento que se tiene acerca del embarazo y adolescencia, por esta razón fue preciso elaborar un programa de intervención prediseñado sobre el tema, al cual se le añadieron las necesidades de aprendizaje encontradas luego de la aplicación inicial del instrumento que contribuya a su preparación.

### Segunda parte.

Objetivo: Se elaboraron las precisiones metodológicas para la realización del programa de intervención con el propósito de elevar el conocimiento sobre embarazo en la adolescencia.

Descripción: El propósito fundamental del programa de intervención, es elevar el conocimiento sobre embarazo en la adolescencia. Esta acción permitirá la realización de un análisis minucioso con toda la muestra (44), porque le permitió a los adolescentes asumir su propio aprendizaje e implica que adopten una actitud consciente y diferente a la que hasta el momento habían tenido, más la responsabilidad frente a esta tarea.

### Tercera Etapa: Implementación.

Objetivo: Elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia.

Descripción: Después de aplicada la encuesta se procedió a aplicar el programa de intervención educativa elaborado al efecto a través de un programa de capacitación, (Anexo 3), que incluyó diversos temas para incrementar el nivel de conocimientos. Se impartió en un período de 2 meses y constó de 8 encuentros de 1 hora de duración con una frecuencia semanal participativa con el empleo de técnicas educativas y formas de enseñanza amenas así como discusión de problema de salud, se tuvo en cuenta la dinámica de grupo. En los encuentros se vivió un clima abierto y franco, donde se propició el intercambio en la actitud grupal, al aportar cada miembro conocimientos, valoraciones y experiencias.

Cuarta Etapa: Evaluación.

Objetivo: Se evaluó el conocimiento después de haber realizado el programa de intervención.

Descripción: Se evaluó el grado en que se modificó el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia después de la intervención, aplicando el mismo cuestionario 3 meses después de la última sección.

Para la operacionalización de las variables independientes se procedió a validar, impartir y evaluar el Programa Educativo según el cronograma propuesto en las diferentes etapas de la intervención.

VARIABLES	CLASIFICACION	OPERACIONALIZACION		INDICADOR
		ESCALA	DESCRIPCION	
<b>EDAD</b>	Cuantitativa  Continua	15-17 años  18-19 años	Según años cumplidos	porcentaje según categoría
<b>SEXO</b>	cualitativa nominal  dicotómica	Femenino  Masculino	según sexo biológico de pertenencia	porcentaje según categoría
<b>NIVEL DE ESCOLARIDAD</b>	Cualitativa  Ordinal	Secundaria  pre-universitario	se tuvo en cuenta el ultimo grado alcanzado	porcentaje según categoría

<b>ESTADO CIVIL</b>	Cualitativa nominal politómica	Soltero casado unión consensual	Según el estatus social de los adolescentes	Porcentaje según categoría
<b>INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES</b>	cualitativa nominal dicotómica	Si No	expresa si los adolescentes tuvieron una relación sexual o sino la han tenido	porcentaje según categoría
<b>EDAD DE COMIENZO DE LAS RELACIONES SEXUALES</b>	cuantitativa continua	11-12 años 13-15 años 16-19 años	expresa la edad en los que los adolescentes tuvieron las primera relaciones sexuales	porcentaje según categoría

<b>MEDIOS DE PROTECCION MAS USADOS PARA EVITAR EL EMBARAZO</b>	cualitativa nominal politómica	Condón anticonceptivos orales píldora del día anticonceptivos subdérmico anticonceptivo intrauterino parche anticonceptivo anticonceptivos inyectables combinados otros	expresa el medio de protección más eficaz que uso	porcentaje según categoría
<b>MEDIDAS DE PREVENCIÓN</b>	cualitativa nominal politómica	abstinencia sexual métodos anticonceptivos sexo seguro buena orientación sobre el tema	se refiere a la medida más eficaz para prevenir un embarazo	porcentaje según categoría
<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según validación*	porcentaje según categoría

**\*Escala de evaluación del nivel de conocimientos del cuestionario:**

**Adecuado:** Si respondieron correctamente al menos 5 de las 7 preguntas que se realizaron en el cuestionario.

**Inadecuado:** Si respondieron de forma adecuada solamente 4 o menos preguntas del cuestionario.

**Validación del cuestionario:**

**Pregunta 1: Tema:** Maternidad y Paternidad.

**Clave de respuesta:** Adecuado: Si responde inciso b).

Inadecuado: Si responde inciso a) y c).

**Pregunta 2: Tema:** Edad óptima para la procreación.

**Clave de respuesta:** Adecuado: 20-35 años.

Inadecuado: Menos de 20 y mayor de 36 años.

**Pregunta 3: Tema:** Riesgo del embarazo en este período.

**Clave de respuesta:** Adecuado: Si.

Inadecuado: No.

a) Mencionar 3 riesgos.

Adecuado: si responde 3 o más.

Inadecuado: si responde menos de 3.

**Pregunta 4: Tema:** Métodos anticonceptivos.

**Clave de respuesta:** Adecuado: Si y señale 3 o más métodos.

Inadecuado: No y señala 2 o menos métodos.

**Pregunta 5: Tema:** Consecuencias del embarazo adolescente para los padres.

**Clave de respuesta:** Adecuado: si responde los incisos a), c) y e).

Inadecuado: si responde los incisos b) y d).

**Pregunta 6: tema:** Consecuencias del embarazo adolescente para el niño.

**Clave de respuesta:** Adecuado: si responde los incisos b), c) y d).

Inadecuado: si responde los incisos a) y e).

**Pregunta 7: Tema:** Afectación estudiantil para el embarazo adolescente.

**Clave de respuesta:** Adecuado: si responde los incisos a), c) y e).

Inadecuado: si responde los incisos b) y d).

### **Procesamiento estadístico.**

- Estadístico – descriptivo: Para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; se realizó en una Laptop cori 3 para Windows y se realizó la validación y revisión de la misma, como medida de resumen se utilizaron los porcentajes (%) y se utilizó el programa Microsoft Word.

Los datos fueron vaciados en tablas para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó la prueba de Mc Nemar para medir significancia.

### **Aspectos éticos.**

Se llevó a cabo un proceso de negociación con los adolescentes, explicándole detalladamente los aspectos, objetivos y características de la investigación, demostrándole la importancia de su colaboración y veracidad al responder el cuestionario, así como la posibilidad de aportar cualquier elemento que resulte provechoso para corroborar los resultados, respetando su autonomía dejando explícito el derecho a no participar en la investigación y el anonimato, así como abandonar el estudio cuando lo estimase conveniente, y por último, estar de acuerdo con los resultados de esta investigación y puedan ser publicados.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta las Normas y Procedimientos establecidos para los trabajos de terminación de la residencia.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

**Tabla 1.** Distribución de los adolescentes según grupo de edad y sexo, en el consultorio Lote 7 del ASIC Carlos J Bello, durante el período de Enero a Diciembre de 2013.

**N=44**

Grupo de edades	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 – 17	7	15,9	8	18,2	15	34,1
18 – 19	20	45,4	9	20,4	29	65,9
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>61,4</b>	<b>17</b>	<b>38,6</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

De los 44 adolescentes del estudio el mayor porcentaje correspondió al grupo de edad comprendido entre los 18 y 19 años de edad, con 29 adolescentes en este rango de edad, lo que representó el 65,9 %; siendo representativo además el sexo femenino con un total de 27 adolescentes, para un 61,4 %.

Resultados semejantes se obtuvo en un trabajo presentado en el Congreso Estudiantil Virtual de Ciencias Médicas en 2002 donde el grupo de edades que más incidió fue de 18-20 años.<sup>36</sup>

Resultados diferentes se obtuvo en su trabajo para optar por el título académico de especialista en enfermería materno infantil donde el mayor grupo de edades fue de 12-14 años con un 40,8 %.<sup>37</sup>

**Tabla 2.** Distribución de los adolescentes según nivel de escolaridad y estado civil.

**N=44**

Nivel de escolaridad	Casados		Solteros		Unión consensual		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Secundaria	0	0	8	18,2	3	6,8	11	25,0
Preuniversitario	5	11,3	20	45,4	8	18,2	33	75,0
<b>Total</b>	5	11,3	28	63,6	11	25	44	100,0

De los adolescentes estudiados la mayoría representaron un alto nivel de escolaridad, encontrándose 33 de ellos cursando el preuniversitario, lo que representó un 75 %. La gran generalidad de ellos es soltera, con un total de 28 para un 63,6 %, lo cual tiende a que aumente el embarazo en la adolescencia.

Resultado semejantes se obtuvo en un trabajo sobre intervención educativa para la prevención de embarazo en adolescentes, con respecto a la distribución de las adolescentes encuestadas según estado civil podemos observar que el mayor porcentaje lo constituyen las adolescentes solteras con un 65,0 %, luego seguido las acompañadas con un 26,6 %.<sup>45</sup>

Esto coincide con los resultados obtenidos también, en el trabajo titulado embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar en la cual la mayoría de los adolescentes resultaron solteros.<sup>38</sup>

Estos resultados no coinciden con un estudio realizado en Pinar Del Rio en una estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia, donde dice que influyo el vínculo consensual.<sup>43</sup>

**Tabla 3.** Distribución de los adolescentes, según si han tenido relaciones sexuales y edad de la mismas.

**N=44**

Edad de inicio	Relaciones sexuales				Total	
	Sí		No.			
	No.	%	No.	%	No.	%
11 – 12 años	6	13,6	4	9,1	10	22,7
13 – 15 años	27	61,4	7	15,9	34	77,3
16-19 años	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	33	75,0	11	25,0	44	100,0

En el estudio realizado de los 44 adolescentes de la muestra, 33 de ellos ya habían comenzado sus relaciones sexuales lo que representa el 75 %; la gran mayoría entre los 13 y 15 años de edad, con un total de 34, para un 77,3 %, lo que demostró un elevado riesgo de embarazo en la adolescencia de manera que se encontró una diferencia altamente significativa para esta variable.

Semejantes resultados se obtuvo en un trabajo de intervención educativa sobre prevención de embarazo en la adolescencia. Donde vemos que de las 120 adolescentes encuestadas solo 91 iniciaron relaciones sexuales al menos en un momento de sus vidas, y la edad que más influyó fue la de 15 años con un 33,3 %, seguido la de 14 años con un 20,8 %.<sup>45</sup>

Estudio realizado en una intervención educativa sobre embarazo en los adolescentes se puede encontrar que el 67,92 % de los adolescentes tenían relaciones sexuales y solo el 32,08 % refirieron no haber tenido relaciones sexuales lo que coincide con nuestro estudio.<sup>39</sup>

Al igual que en otro trabajo sobre embarazo en la adolescencia, podemos encontrar que más de los adolescentes tienen relaciones sexuales para un 63,6 % y solo el 36,4 % refirieron no haber tenido relaciones sexuales.<sup>40</sup>

**Tabla 4.** Nivel de conocimiento sobre medios de protección más usados para prevenir un embarazo.

**N=44**

Medios de protección	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Ninguno	25	56,8	0	0
Condón	4	9,1	44	100,0
Tabletas anticonceptivas	10	22,7	0	0
Píldora del día	5	11,4	0	0
Anticonceptivo subdérmico	0	0	0	0
Dispositivos intrauterino	0	0	0	0
Parche anticonceptivo	0	0	0	0
Anticonceptivos inyectables combinados	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0
<b>Total</b>	44	100,0	44	100,0

**Mc Nemar:  $p=0,000$  ( $p<0,05$ )**

En esta etapa podemos observar que el 56,8 % de los adolescentes no usan ningún método anticonceptivo lo que coincide con el aumento de embarazos en las adolescentes.

Resultados semejantes se obtuvo en un trabajo realizado en el municipio de Morón donde se puede observar que el mayor % es de las adolescentes que no usan métodos anticonceptivos de 120 adolescentes 61 no usan métodos anticonceptivos para un 50,8 %, lo que coincide con el aumento del embarazo en las adolescentes.<sup>45</sup>

Resultados semejantes lo obtuvo en una investigación sobre el conocimiento de la sexualidad en adolescentes, donde se plantea que el 69,29 % de los adolescentes no usan ningún método anticonceptivo sobre todo en la primera relación sexual, lo que trae como consecuencia el aumento de embarazos en las adolescentes.<sup>41</sup>

También resultados como estos coinciden con estudio sobre factores que influyen en el embarazo en la adolescencia, donde se plantea que de su población de adolescentes el 68,0 % no usaba ningún método anticonceptivo siendo evidente esta situación en las muchachas que se embarazaron.<sup>42</sup>

**Tabla 5.** Nivel de conocimiento en adolescentes sobre medidas de prevención en el embarazo.

**N=44**

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Abstinencia sexual	3	6,8	0	0
Métodos anticonceptivos	41	93,2	44	100
Sexo seguro	0	0	0	0
Buena orientación sobre el tema	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Mc. Nemar:  $p= (0,000)$  ( $p<0,05$ )**

En el estudio realizado solamente 3 adolescentes respondieron abstinencia sexual y ninguno buena orientación sobre el tema y sexo seguro, a pesar de que también estas pueden ser medidas para prevenir un embarazo, 41 adolescentes respondieron el uso de los métodos anticonceptivos para un 93,2 %, luego de la intervención los 44 adolescentes tuvieron respuesta positiva que el uso de los métodos anticonceptivos, es la medida de prevención más eficaz para prevenir un embarazo en estas edades, teniendo en cuenta que además de que se les brinde una buena orientación sobre el tema y de que muchos puedan abstenerse y tener un sexo seguro, esto no garantiza que un 100 % no tengan un embarazo en este período.

Estos resultados no coinciden con los que obtuvieron otros autores, en una Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Donde los adolescentes plantean tener información previa sobre educación de la sexualidad para prevenir el embarazo en la adolescencia, aunque las reflexiones antes el embarazo, el aborto, sus riesgos y el uso de métodos anticonceptivos son insatisfactorios. Refieren a los padres y los profesores como las vías por las cuales reciben la información sobre el tema.<sup>43</sup>

**Tabla 6.** Distribución de los adolescentes según nivel de conocimientos.

**N=44**

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	5	11,4	44	100
Inadecuado	39	88,6	0	0
Total	44	100	44	100

**Mc Nemar. P=0,000 (p<0,05)**

Se evaluó el nivel de conocimientos que poseían los adolescentes sobre el tema, antes de aplicarle la intervención comunitaria demostrándose que el 88,6 % de la muestra desconocía sobre embarazo en la adolescencia, es decir 39 adolescentes. Después de realizada la intervención comunitaria los conocimientos se elevaron al 100 % para los 44 adolescentes de la muestra, para esto fue aplicada la técnica estadística de Mc Nemar, donde se pudo apreciar que existieron diferencia significativas antes y después de la misma con un nivel de significancia ( $p=0,000$ ) (0,05).

Estos resultados coinciden con los obtenidos en un estudio de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia donde plantea que los adolescentes tenían conocimientos inaceptables sobre el tema sin embargo después de haber aplicado el programa educativo se elevó el nivel de conocimiento de forma aceptable.<sup>44</sup>

Estos resultados se asemejan a los obtenido en una intervención educativa sobre sexualidad en los adolescentes, donde se plantea que antes de la intervención educativa el nivel de conocimiento fue inadecuado con un 63,7 % y después de aplicada la intervención fue de un 81,9 %.<sup>46</sup>

En este trabajo no se realizan comparaciones con estudios realizados en Venezuela por no existir un programa que aborde sobre el tema que pueda encaminar y orientar a la población y en específico a los adolescentes sobre la prevención del embarazo precoz por tanto en nuestra búsqueda no encontramos estudios realizados sobre este tema. Por lo que se realizan las comparaciones con otros autores de diferentes países.

## **CONCLUSIONES.**

Se caracterizó a los adolescentes atendiendo a algunas variables sociodemográficas de interés predominando el sexo femenino y el grupo de edades pertenecientes a la adolescencia tardía; el nivel de preuniversitario y el estado civil soltero. Se identificó el nivel de conocimientos previos sobre embarazo en la adolescencia siendo este inadecuado, caracterizándose por un comienzo precoz de la actividad sexual, poco nivel de conocimientos sobre medios de protección para evitar un embarazo, así como pobres conocimientos sobre riesgos relacionados con la gestación en la adolescencia y sobre las afectaciones del embarazo en la vida estudiantil así como también sobre las formas de prevención. Se elevó el nivel de conocimientos una vez aplicado el programa de intervención siendo adecuado y constituyendo una herramienta de gran utilidad práctica.

## **RECOMENDACIONES.**

Continuar la aplicación del proyecto diseñado en los nuevos arribantes a la adolescencia y comenzar de esta forma un trabajo temprano con ellos. Extender la aplicación de esta intervención a todo el Municipio Libertador y las áreas de salud de otros Estados donde se registre alta prevalencia de embarazo en la adolescencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Vol. I. 2<sup>da</sup> Ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008. 247 - 253.
2. Camacho Ríos C, Camacho Ríos G, Gaviria, Dentone P. Embarazo en la Adolescencia [Internet]. Albacete, 1994 – 1995. Disponible en: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%206/embaradolesc6.htm> (consulta 25/1/2010).
3. Fernández I., Bustos I., González L. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. Rev. Med Chile 2009; 128:574-583.
4. Ramírez M Ana Mildred, Villafranca Mirtha Cano de, Suyapa Salgado Elba. Valoración de la Atención que se le Brinda a la Adolescente Embarazada en el Hospital Regional Atlántida. [Internet] Rev. Méd. UNAH, julio - diciembre, 2005. 2(2) Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2005/pdf/RFCMVol2-2-2005-5.pdf>
5. Martin, J. A, et al. Births: Final Data for 2006. National Vital Statistics Reports, January 7, 2009; 57(7)
6. Ventura, S.J., et al. Estimated Pregnancy Rates by Outcome for the United States, 1990 - 2005: An Update. National Vital Statistics Reports, October 14, 2009; 58(4)
7. González T., M. Isabel, Aguirre C, et al. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. Rev. Chil. Pediatr. 2005; 76: 573 - 579.
8. Fernández I., Bustos I., González L. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. Rev. Méd Chile 2009; 128:574-583.
9. Globo visión. Información responsable. Venezuela es el tercer país del mundo con más embarazos adolescentes [internet]. 11 agosto, 2014; <http://globovision.com/venezuela-es-el-tercer-pais-de-latinoamerica-con-mas-embarazos-adolescentes/>.

10. Vigil P; Riquelme R, Rivadeneira R, Aranda W. Teen STAR: Una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes. Revista Médica de Chile 2005, 133(10): 1173 - 1182.
11. León P., Minassian M., Borgoña R., Bustamante F. Embarazo adolescente. Revista Pediátrica Electrónica. 2008., 5(1): 42 - 51.
12. Gobierno cubano prioriza salud y educación sexual y reproductiva de los adolescentes [Internet]. Cuba 2013. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2013-07-1/gobierno-cubano-prioriza-salud-y-educacion-sexual-y-reproductiva-de-los-adolescentes/>.
13. Borges Yuleisy, Castro Angelín, Hernández Dulyelys, Tabares Ramón, Terán María. Venezuela tiene la tasa más alta de embarazos adolescentes [internet]. Venezuela 2014. Disponible en: <http://www.atusaludenlinea.com/Sexualidad/Noticia/Noticia/Venezuela-tiene-la-tasa-mas-alta-de-embarazos-de-a.aspx>
14. Encuesta Nacional de Población y Familia. Centro de Análisis de Políticas Publicas [internet] Venezuela 2010. Disponible en: <http://www.el-nacional.com/sietedias/cifra-venezuela-supera-toda-suramerica0186581596.html>
15. Hamilton, B. E., et al. Births: Preliminary Data for 2007. National Vital Statistics Report. March 18, 2009; 57(12)
16. Fleita Ruiz R. Situación de la infancia y la adolescencia en Cuba. Rev. Cubana de Sexología. 2006: 12(30): 7 - 16.
17. Baeza B., Pao A. M., Vázquez O., Muñoz S., Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores del embarazo en adolescentes de la Novena Región. Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2007, 72(29): 76 - 81.
18. Declaración de Helsinki. Guía de recomendaciones médicas para la investigación biomédica en humanos. Edimburgo, Escocia, 2000.
19. Monroy de Velazco Anamelis. Salud, Sexualidad y Adolescencia. Centro de orientación para adolescentes. México DF. Ed. Dax México, 2005: 86 - 87.
20. Barreto Silveira R. E. Modificaciones del nivel de conocimientos sobre adolescencia y sexualidad en adolescentes de un Consultorio Médico de la Familia [tesis]. Policlínico Docente "Julián Grimau", Santiago de Cuba 2006.

21. Cruz Sánchez F, et al. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. MINSAP, 2012; 445.
22. Forma de participación social comunitaria. Disponible en: <http://www.alter.org.pe>.
23. Posada Carmen. Embarazo en la adolescencia, no es una opción, sino una falta de opciones. Rev. Cubana de Sexología 2004; 10(20):4 - 9.
24. Hamel P. Crónica de un Embarazo Anunciado: Criterio de Riesgos en Adolescentes populares Urbanas. Revista De Familia y Terapia, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. 2007; 44 - 62.
25. Ahued J, Lira J, Assad L. La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. Cir Ciruj 2010; 69:300 - 3.
26. Pao A., Baeza B., Capel P., et al. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev. Sogia 2005; 12:17 - 24.
27. Fernández L, Carro Puig C et al. Caracterización de la gestante adolescente. Rev. Cubana Obste. Ginecol. 2004; 30(2).
28. Ros E, Luis M, Subirats R, Callejo N. L, Lara A. La educación sexual en los adolescentes desde la atención primaria. Salud rural. 2004; 89 - 96.
29. Ministerio de Salud Pública "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2005 – 2010.
30. Fernández L, Carro Puig C., Oses Ferrara D. Caracterización de la gestante adolescente. Rev. Cubana de Obste y Ginecol. 2004; 30(2).
31. Acosta, Daniela. Gástelo, Rebeca. Embarazo en la Adolescencia y proyecto de vida. [tesis]. Cumana 2010-2011.
32. Late Lasa Iñaki, Lozano José Luis de Pablo, Martínez Arévalo C, Parrilla Patricio Juan José. Embarazo en la Adolescencia. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. 1999.
33. Rodríguez Betancourt M., Cedeño Donet M. Infecciones de transmisiones sexuales en adolescentes. Municipio Céspedes, Archivo Médico de Camagüey. 2004; 8 (6): 1025 – 2055.
34. Lugones, M. y Cols. Anticonceptivos de emergencia en la adolescencia. Rev. Cabana de Pediatría. 2006; 78 (2).

35. Kirby “saber choices” Intervention its impact on the sexual behaviours of different subgroup of high school students. J Adolescents health. 2004; 35 (6) 442 – 52.
36. Mariño Ochoa y. III Congreso Estudiantil Virtual de Ciencias Médicas 2002; “Incidencias de Embarazo en la Adolescencia”. [Página internet]. La Habana: infomed; 2002 [citado 3 de julio de 2009]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://fcmfajardo.sld.cu>
37. Rodríguez Fernández, Roberto. Intervención educativa para la prevención del embarazo en adolescentes del consultorio # 25 de Morón. [tesis]. Morón; 2007.
38. Propuesta de políticas pública para prevención en la adolescencias centro de análisis de políticas públicas, universidad de chile 2000; 280-310.
39. Pedroso Viort. Intervención Comunitaria sobre Embarazo en los adolescentes del consultorio 10, Policlínico Universitario de Morón. [tesis].Morón: 2010.
40. Torres Monzón I B, Intervención Educativa sobre Embarazo en los Adolescentes del Consultorio 21, Policlínico U universitario Norte Morón. [tesis]. Morón, 2009.
41. Torriente Barzaga N.W. Investigación: “conocimiento sobre la sexualidad en adolescentes de una secundaria básica “. [internet]. La Habana: Infomed; 2006-2007 [actualizada, 21 de abril de 2008; citado 3 de julio de 2009]. [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.bpwillena.ohc.cu>
42. Argotra Alarcón R. “Factores que Influyen en el Embarazo en la Adolescencia. [internet]. La Habana: infomed; 2009 [actualizada el 23 de marzo de 2009. Citado 3 de Julio de 2009]. [Aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu>
43. Quintero Paredes, Pedro Pablo; Castillo Rocubert, Niurka; Roba Lazo, Bárbara del Carmen; Padrón González, Odalis; Hernández Hierrezuelo, María Elena. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Rev. Cien Méd Pinar Río. Feb 2012; 16(1)
44. Fleiters Reyes I. intervención comunitaria para elevar los conocimientos sobre embarazo en los adolescentes del consultorio 6, Enrique Varona en el año 2006. [tesis]. Enrique Varona: Policlínico Docente Camilo Cienfuegos. 2006.
45. Aldana Gómez Yamisleydis. Intervención Educativa para la Prevención Embarazo en Adolescentes del consultorio 25 de Morón. [tesis] Morón: Facultad de Ciencias Médicas “José Assef Yara”; 2010.

**46.** Suarez López J. C. Intervención Educativa sobre Sexualidad en Adolescentes de la Academia de Artes Plásticas “Raúl Martínez” 2008. [internet]. Morón: Infomed; 2008 [actualizado 2008. Citado el 3 de julio del 2009]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://bus.sld.cu>

## **ANEXO: 1**

### **Consentimiento Informado de participación en el proyecto de intervención.**

Yo: \_\_\_\_\_

Me comprometo a participar en la Investigación sobre embarazo en la adolescencia. Se me ha explicado que en este proyecto no sufriré ningún daño físico, ni psicológico; sino que por el contrario adquiriré más conocimientos acerca del tema, bajo el compromiso que esta información no será divulgada por ningunos de los participantes de la misma, que los datos obtenidos durante el proyecto serán totalmente confidenciales y no se publicaran los nombres y apellidos de los participantes, ni sus puntos de vista acerca del tema.

Se me informó sobre la necesidad de participar en todas las clases planificadas y en caso de no desear continuar puedo voluntariamente retirarme de ella, sin representar ningún compromiso con el médico ni centro de salud.

Se me aplicará un cuestionario de preguntas que he de responder con la mayor sinceridad posible, recibiré información sobre el tema y los resultados de la investigación realizada o cualquier modificación efectuada a este documento.

Como constancia que he leído y entendido toda la información sobre el tema firmo la presente.

**Nombres y Apellidos así como la firma del paciente:**

**Nombres y Apellidos y firma del padre:**

**Nombres y Apellidos y firma del investigador:**

## **ANEXO: 2**

### **ENCUESTA:**

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de terminación de residencia, que permitirá determinar la necesidad de aprendizaje de los adolescentes en relación con el embarazo durante este período y otros temas. En el mismo se exploraran diversos aspectos vinculados al embarazo en este grupo poblacional lo cual permitirá implementar una estrategia educativa para mejorar la atención en esta etapa de la vida.

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: Secundaria \_\_\_\_\_ Preuniversitario \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero \_\_\_\_ Casados \_\_\_\_ Unión consensual \_\_\_\_\_

Inicio de las relaciones sexuales: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso de haber iniciado las relaciones sexuales ¿a qué edad fue? \_\_\_\_\_

¿Qué método o métodos anticonceptivos utilizas para evitar un embarazo en la adolescencia?

---

## Cuestionario.

1. ¿Qué es para ti un embarazo en la adolescencia? Marque con una X la respuesta que consideres correcta:
  - a)  Embarazo normal.
  - b)  Embarazo precoz que se produce en una mujer adolescente entre la adolescencia inicial y el final de la adolescencia.
  - c)  No sé.
  
2. ¿Cuál crees que sea la edad ideal para tener un bebé?
  - a) 10-14 años.
  - b) 15-19 años.
  - c) 20-35 años.
  - d) Mayor de 36 años.
  
3. ¿Piensas que es riesgoso un embarazo en este período?  
Sí  No 
  - a) Si tu respuesta es afirmativa mencione tres riesgos que conoces.
  
4. ¿Conoces cómo evitar un embarazo?  
Sí  No 
  - a) Si tu respuesta fue afirmativa mencione tres métodos que conozcas.

5. ¿Conoces las consecuencias del embarazo precoz para los padres?

Marque con una X las respuestas correctas.

- a)  Abandonos de los estudios.
- b)  Mejor posibilidad de empleo.
- c)  Mortalidad materna.
- d)  Bienestar biopsicosocial.
- e)  Aborto.

6. De las siguientes afirmaciones marque con una X las respuestas correctas, sobre las consecuencias del embarazo precoz para los niños.

- a)  Mejor atención y cuidados por los padres.
- b)  Bajo peso al nacer.
- c)  Malformaciones congénitas.
- d)  Abandono.
- e)  Buen desarrollo físico y emocional.

7. Conoces cuáles son las afectaciones del embarazo en la adolescencia en la vida estudiantil. Marque con una X las respuestas correctas.

- a)  Deserción escolar.
- b)  Alto rendimiento académico.
- c)  Menos preparación profesional.
- d)  Mayores oportunidades para mejorar su calidad de vida.
- e)  Menos posibilidades de cursar carreras de su elección.

### **ANEXO: 3**

#### **Programa de intervención educativa diseñado para los adolescentes participantes:**

**Título:** “Por una adolescencia libre de complicaciones”.

**Objetivos:** General: Fortalecer y mejorar los conocimientos existentes acerca del embarazo en la adolescencia y sus complicaciones.

Específico: Logra una disminución en la incidencia del embarazo en la adolescencia.

**Grupo destinatario:** Adolescentes pertenecientes al Consultorio Lote 7 del ASIC Carlos J Bello.

**Límites geográficos de aplicación:** Área correspondiente al consultorio Lote7.

**Tiempo de duración:** 8 Semanas.

#### **Encuentro 1:**

**Tema:** “Adolescencia, Definición y características”.

**Objetivo:** Destacar las características biosociológicas del periodo de la adolescencia.

**Métodos y procedimientos:** Para la presentación del grupo en el que se trabajará se utilizará una técnica grupal con el objetivo de favorecer las relaciones interpersonales y la dinámica de la actividad. Se mesclaran en un buzón tarjetas con fragmentos de refranes populares, dichas tarjetas no excederán el número de participantes, (ejemplo la tarjeta 1: al que buen árbol se arrima...tarjeta 2: buena sombra lo cobija). Formándose de esta forma parejas que se responderán mutuamente las siguientes preguntas:

- ¿Cómo te llamas?
- ¿Qué edad tienes?
- ¿A qué te dedicas en estos momentos?
- ¿Qué color prefieres?
- ¿Qué tipo de música escuchas?

Luego del establecimiento de las relaciones se comenzará, por parte de la doctora del consultorio, el debate sobre el tema planificado.

**Duración:** 1 hora.

**Rector de la actividad:** Dra. Dalvis Dania Siam Borrero.

**Evaluación de la actividad:** Se realizara mediante las preguntas siguientes:

- ¿Les gusto el encuentro?
- ¿Consideran que de alguna manera se fortalecieron sus conocimientos acerca del tema?

**Encuentro 2:**

**Tema:** “El embarazo en la adolescencia. Una mirada a su repercusión”.

**Objetivo:** Describir las complicaciones bio-psico-sociales asociadas a la gestación durante la adolescencia.

**Métodos y procedimientos:** Serán proyectos fragmentados de la tele serie “Doble juego” para establecer de esta forma, el debate de lo proyectado, obteniéndose así una panorámica de los criterios existentes sobre el tema.

**Duración:** 1 hora.

**Rector de la actividad:** Dra. Dalvis Dania Siam Borrero. Responsable del proyecto.

**Evaluación de la actividad:** Se evaluará mediante preguntas dirigidas los conocimientos que se adquirieron durante la actividad en relación con los riesgos asociados al embarazo en la adolescencia.

### **Encuentro 3:**

**Tema:** “Las primeras relaciones sexuales, mitos, creencias y riesgos”.

**Objetivos:** Fortalecer los conocimientos existentes acerca del tema. Brindar información acerca de los riesgos y complicaciones vinculadas con la prematuridad de las relaciones sexuales.

**Métodos y procedimientos:** Será impartido un taller donde se abordara el tema del encuentro.

**Duración.** 1 hora.

**Rector de la actividad:** Dra. Dalvis Dania Siam Borrero. Responsable del proyecto.

**Evaluación de la actividad:** Se realizará mediante una exposición personal de los criterios individuales vinculados con el inicio de una experiencia sexual temprana y sus complicaciones.

### **Encuentro 4.**

**Tema:** “Anticonceptivos, ¿amigos o enemigos?”

**Objetivos:** Promover el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos así como sus ventajas.

Erradicar los mitos existentes acerca del uso de ciertos métodos, fundamentalmente sobre el condón como método de prevención de embarazo e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

**Métodos y procedimientos:** Se dará inicio a la actividad con la canción “Vive la vida” y posteriormente se organizará una lluvia de ideas acerca del tema, culminada esta se procederá a impartir un taller vinculado con la idea central del encuentro.

**Duración:** 1 hora.

**Rectora de la actividad:** Dra. Dalvis Dania Siam Borrero. Responsable del proyecto.

**Evaluación:** Serán mostrados diferentes métodos anticonceptivos y se indagará sobre preferencias individuales así como criterios vinculados con el método que se muestra.

#### **Encuentro 5:**

**Tema:** Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia.

**Objetivos:** Promover de forma sencilla y precisa cuáles son los principales riesgos y complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo en un adolescente.

**Métodos y procedimientos:** Se comenzará con una técnica de participación “la mecha y la bomba”. Se les explicará que las mechas son ellos y ellas y que la bomba sería el embarazo. Se les aclarará que en caso de que la bomba corresponda con un varón significaría que aunque ellos no lleven en sí la gravidez, si tiene en el proceso la misma responsabilidad que la mujer. Luego se desarrollará la clase a través de ejemplos y conceptualizaciones de los riesgos asociados al embarazo en la pubertad.

**Duración:** 1 hora.

**Rector de la actividad:** Dra. Dalvis Dania Siam.

**Evaluación:** Se orientará la confección de equipos de trabajos los cuales expondrán las complicaciones asociadas al embarazo en este período.

#### **Encuentro 6:**

**Tema:** Proyección del video “Doble juego”.

**Objetivos:** Fortalecer los conocimientos relacionados con el embarazo en la adolescencia.

**Métodos y procedimientos:** Se propiciará un debate sobre el tema que muestra el video, donde participarán los líderes formales y no formales de la comunidad junto a la enfermera de la familia.

**Duración:** 1 hora.

**Rector de la actividad:** Dra. Dalvis Dania Siam.

**Evaluación:** Se creará un jurado compuesto por los invitados y por el rector de la actividad para evaluar los criterios de los participantes en relación con el tema mostrado.

#### **Encuentro 7:**

**Tema:** Dramatización.

**Objetivos:** Evaluar la capacidad de enfrentamiento de cada adolescentes antes la situaciones que se describan.

**Métodos y procedimientos:** Se realizará una dramatización sobre una pareja que tiene relaciones sexuales y la muchacha queda embarazada. Se dejará el tema a libertad de los participantes para que ellos confeccionen el guión.

**Duración:** 1 hora.

**Rector de la actividad:** Dra. Dalvis Dania Siam.

**Evaluación:** La profesora evaluará al final de la actividad, los diferentes conflictos y situaciones que fueron presentados y las posibles soluciones e interpretación de estos.

**Encuentro 8:**

**Tema:** Evaluando lo aprendido.

**Objetivo:** Evaluar los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de las actividades realizadas.

**Métodos y procedimientos:** Se propiciará un intercambio entre los participantes que gire alrededor de un antes y un después, donde se debatirá lo que antes conocía y lo que hoy conozco acerca de los temas abordados así como la narración individual de experiencias positivas vividas durante los encuentros realizados. Finalmente serán entregadas tres tarjetas que tendrán representados los diferentes estados de ánimos (alegría, tristeza, indiferencia) y cada participante deberá seleccionar la tarjeta que corresponda con su experiencia durante su participación en el proyecto.

**Duración:** 1 hora.

**Rectora de la actividad:** Dra. Dalvis Dania Siam.

**REPUBLICA BOLIBARIANA DE VENEZUELA**

**MISION MEDICA CUBANA**

**ASIC: CARLOS J BELLO**

**Aval del comité de ética de las investigaciones.**

El Comité de ética, como órgano asesor consultivo colegiado, HACE CONSTAR QUE:

El proyecto de investigación titulado:

Del autor: \_\_\_\_\_

Posee validez científica y la justificación ética y social que proporciona la pertinencia y necesidad de realizarlo. Su diseño, en general muestra que el proceso de investigación posee sustentabilidad económica, social y ambiental la cual brinda información sobre los resultados y beneficios esperados, por lo que cumple los requisitos éticos exigidos en un proceso de investigación.

Para que así conste se firma la presente declaración a los \_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Presidente del C. Ética.

Firma.

Cuño.

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**

**MISION MEDICA CUBANA**

**Aval del consejo científico.**

Consejo científico de la unidad: \_\_\_\_\_ análisis de los elementos del proyecto.

En Reunión Ordinaria de fecha \_\_\_\_\_ analizo el proyecto de la investigación titulada:

---

---

---

Presentado por: \_\_\_\_\_

Oído al parecer de los Miembros del Consejo y el análisis del Oponente se hicieron las siguientes consideraciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

En base a las mismas el Consejo Científico ha decidido el siguiente